

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**

**Sonja Hleb**

**Psihosomatska medicina nekad i danas**

**DIPLOMSKI RAD**



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET**

**Sonja Hleb**

# **Psihosomatska medicina nekad i danas**

**DIPLOMSKI RAD**

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihološku medicinu KBC Zagreb pod vodstvom doc. dr. sc. Marijane Braš i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

# SADRŽAJ

Sažetak .....	II
Summary .....	III
<b>1. Uvod .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Počeci psihosomatske medicine .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Važne ličnosti i teorije u razdoblju od 17. – 20. stoljeća .....</b>	<b>4</b>
3.1. Slabljenje crkvenog utjecaja .....	4
3.2. Postrevolucionarno razdoblje.....	6
<b>4. 20. stoljeće .....</b>	<b>8</b>
4.1. Utjecaj psihoanalitičke teorije.....	8
4.2. Objektivizacija medicine.....	12
<b>5. Moderno doba psihosomatske medicine .....</b>	<b>14</b>
5.1. Konzultativno-suradna psihijatrija .....	14
5.1.1.Preliminarna faza.....	14
5.1.2.Pionirska faza.....	15
5.1.3.Razvojna faza .....	16
5.1.4.Kosolidacijska faza.....	16
5.2. Problemi i izazovi psihosomatske medicine .....	19
<b>6. Psihosomatska medicina kao subspecijalnost psihijatrije.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Psihosomatske organizacije i časopisi.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Zaključak .....</b>	<b>26</b>
Zahvale .....	27
Literatura .....	28
Životopis.....	31

## Sažetak

### PSIHOSOMATSKA MEDICINA NEKAD I DANAS

Sonja Hleb

Psihosomatska medicina bavi se proučavanjem odnosa između uma i tijela. Njezin razvoj i put do prihvatanja kao medicinske subspecijalnosti bio je dugačak i prepun uspona i padova.

Kroz povijest provlačile su se razne teorije u vezi s funkcioniranjem tijela i uzrocima nastanka bolesti. U početku su se sve pojave u medicini objašnjavale s pomoću raznoraznih nadnaravnih sila i bile su pod utjecajem religije i crkve. Tek slabljenjem crkvenog autoriteta počinje se razvijati medicina kakvu danas poznajemo, bazirana na konkretnim znanstveno dokazanim činjenicama. U slučaju psihosomatske medicine, jedna od najvećih prepreka u prepoznavanju interakcije uma i tijela jest činjenica da je bolest definirana kao somatski parametar, isključujući psihosocijalne čimbenike. Iz tog razloga oduvijek se liječila bolest, ali ne i čovjek kao cjelina. Značajnu ulogu u njezinom razvoju imali su Sigmund Freud, s psihoanalitičkom teorijom, i Georg Engel, koji je uveo tzv. biopsihosocijalni model. Tim modelom naglašavao je važnost psihosocijalnih čimbenika u zdravlju i bolesti. Zahvaljujući brojnim studijama, pogotovo onima vezanim uz stres i peptički ulkus, ideje psihosomatske medicine postaju sve više prihvaćene.

Uvodi se konzultativno-suradna psihijatrija u opće bolnice. Ona predstavlja kliničku primjenu principa psihosomatske medicine pružajući psihološku potporu svim tjelesno oboljelim pacijentima. Zahvaljujući konzultativno-suradnim programima skraćen je boravak pacijenata u bolnici, čime je ostvarena financijska ušteda i poboljšana kvaliteta života. Sve je to dovelo do priznavanja psihosomatske medicine kao subspecijalističkog područja 2003. godine. Ona se danas bavi pružanjem psihijatrijske potpore pacijentima s kompleksnim medicinskim poremećajima. Uz to, razvijaju se nove grane poput psihonefrologije, psihoonkologije, psihodermatologije, psihokardiologije, uključujući brojne studije koje intenzivno istražuju interakciju uma i tijela u tim specifičnim područjima.

**KLJUČNE RIJEČI:** psihosomatska medicina, psihoanaliza, biopsihosocijalni model, konzultativno-suradna psihijatrija

## Summary

### PSYCHOSOMATIC MEDICINE THEN AND NOW

Sonja Hleb

Psychosomatic medicine is the study of the relationship between the mind and the body. Even though it is now accepted as a medical subspecialty, the journey to its recognition was very long and difficult.

Throughout the history, humans have contemplated the functioning of the body and many theories have come up in an attempt to explain the causes of diseases. However, the success of this attempt was aggravated by the omnipresence of religion and the Church. Once the Church's power weakened, modern medicine started to develop. In medicine, every idea has to be scientifically proven and when it comes to psychosomatic medicine, one of the biggest obstacles was establishing proper parameters. Somatic was the only cause taken, excluding the influences of psychosocial factors. Thus, only the disease was treated, while the person ignored. That is, until Sigmund Freud (psychoanalytic theory) and Georg Engel (biopsychosomatic model) came along. This model emphasized the importance of psychosocial factors in health and disease. Thanks to numerous studies, especially ones connected to stress and peptic ulcer, the ideas of psychosomatic medicine began to gain recognition.

Consultation-liaison psychiatry, the representative of clinical application of psychosomatic medicine principles, is implemented in general hospitals providing psychologic support to all patients with somatic illnesses. This program has led to lesser in-hospital time, enabled financial savings and improved the quality of life. These developments brought much-awaited recognition of psychosomatic medicine as a subspecialty in 2003. Today, its main task is providing psychiatric support for patients with complex medical disorders. Furthermore, new fields such as psychonephrology, psychooncology, psychodermatology and psychocardiology are being developed. These studies try to instigate body/mind relationship and are promising.

**KEYWORDS:** psychosomatic medicine, psychoanalysis, biopsychosocial model, consultation-liaison psychiatry

## 1. UVOD

Psihosomatska medicina grana je medicine koja se bavi istraživanjem odnosa uma i tijela. Riječ „psihosomatsko“ potječe od grčkih riječi „psyche“, što znači duša, i „soma“, što znači tijelo. Spoj tih riječi sam po sebi opisuje osnovne postavke psihosomatske medicine. Naglašava nerazdvojjivost uma od tijela, njihovu ovisnost i bavi se proučavanjem njihovog međusobnog utjecaja. Tijekom povijesti takvo je razmišljanje često bilo apstraktno i neshvatljivo pa samim time kontroverzno i neprihvatljivo, a značaj i važnost utjecaja uma na tijelo (i obrnuto) oduvijek je bio podcijenjen. Međutim, zahvaljujući brojnim istraživanjima, razvojem znanosti i medicine te konačno stvaranjem intelektualne sredine otvorene prema drugačijim konceptima i idejama stvorena je okolina koja prepoznaje i vrednuje značaj psihosomatske medicine.

## 2. POČECI PSIHOSOMATSKE MEDICINE

Ljudi su oduvijek imali potrebu pronaći objašnjenje za različita zbivanja u svojoj okolini. Bilo je potrebno razumjeti način na koji svijet funkcionira da bi mogli, primarno, preživjeti, ali i utjecati na okolinu sa svrhom produljenja i poboljšanja kvalitete života. Naglasak je uvijek bio na ljudskom organizmu i načinu njegovog funkcioniranja, a posebna pažnja usmjerena prema bolesti, njezinim uzrocima te, onom važnijem – mogućnostima i načinima izlječenja. Isto tako, oduvijek se intenzivno razmišljalo o smrti, njezinim uzrocima i značenju. Ljudska znatiželja, u doba u kojem nije bilo gotovo nikakvih spoznaja ni dokazanih činjenica, dovela je do razvoja različitih primitivnih teorija i nagađanja.

Primati su vjerovali u nadnaravne sile te dolazak bolesti i smrti „izvana“. Bolest su objašnjavali opsjednutošću tijela zlim duhovima, a jednim načinom izlječenja smatralo se istjerivanje zlog duha metodama poput egzorcizma. Tek je antički narod Asiraca (500. god. pr. Kr.) počeo promatrati bolest kao proces koji započinje iznutra, a ne kao posljedicu vanjskih, magičnih i viših sila. Međutim, glavnim su uzrokom smatrali grijeh te vjerovali da će ih samo molitva i žrtvovanje izliječiti (Martin, 1978.).

U kineskoj medicini smatralo se da višak ili nedostatak jedne od sedam temeljnih emocija (radost, ljutnja, tuga, žalost, briga, strah i strava) uzrokuje bolest (Leigh, 2007.).

Za razliku od njih, starogrčki filozofi i liječnici (oko 300.god. pr. Kr.) proučavali su tijelo kao biološki organizam. Tom promjenom perspektive napravili su značajan odmak od uobičajenih vjerovanja u duhovne, magične i druge nadnaravne sile. Način funkcioniranja organizma opisali su teorijom četiri tjelesne tekućine (krv, sluz, žuta i crna žuč) povezane s temeljnim elementima (zrak, voda, zemlja i vatra) te određenim godišnjim dobom tijekom kojeg prevladava pojedina tekućina. Ako su svi navedeni elementi bili u ravnoteži, čovjek je bio zdrav. Međutim, bilo koja neuravnoteženost i nesklad tekućina značajno bi utjecala na organizam, uzrokujući razvoj bolesti. Isto tako, već u njihovo doba intenzivno se razmišljalo o povezanosti uma i tijela. Hipokrat je tvrdio da manjak, odnosno suvišak neke od tekućina, osim što dovodi do bolesti, utječe i na raspoloženje, emocije i ponašanje. Zahvaljujući toj ideji stvorio je teoriju o četiri temperamenta na temelju prevladavajuće tekućine i s pomoću nje opisao osnovne tipove ličnosti (sangviničan, flegmatičan, koleričan i melankoličan tip).



Sangviničan temperament povezao je sa zrakom i živahnim, bezbrižnim, komunikativnim, optimističnim ljudima koji lako sklapaju prijateljstva, maštoviti su i kreativni. Koleričan temperament povezao je s vatrom i egocentričnim, ekstrovertiranim ljudima koji su često impulzivni i nemirni, puni energije i strasti. Melankoličan temperament povezao je sa zemljom te introvertiranim, ozbiljnim, opreznim i sumnjičavim ljudima koji su često zaokupljeni tragedijama i okrutnošću u svijetu te skloni depresiji i promjenama raspoloženja. Flegmatičan temperament povezao je s vodom i ljudima koji su duhovni, misaoni, razumni, smireni, strpljivi i tolerantni s bogatim unutarnjim životom.

Tome kolika je važnost pridodana povezanosti uma i tijela govori i činjenica da Hipokratova načela naglašavaju važnost odnosa između pacijenta i liječnika te utjecaja okoline na održavanje zdravlja pojedinca, samim time postavljajući i neke od osnovnih koncepata psihosomatske medicine. Za razliku od Hipokratove somatogeneze (tjelesna bolest uzrokuje duševnu), Aretej uvodi psihogenezu (psihičko stanje ili smetnje uzrokuje tjelesnu bolest). To je razmišljanje preteća kasnijeg koncepta psihosomatike.

Nažalost, propadanjem antičkih civilizacija i nastupom srednjeg vijeka, tzv. mračnog doba, svi aspekti života, pa tako i medicina, ponovno postaju podređeni religiji i crkvi. Sva zbivanja u ljudskom tijelu, bilo tjelesna ili psihička, objašnjavaju se s pomoću demonologije te posljedično nastupa razdoblje stagnacije (Schwab, 1985.).

### **3. VAŽNE LIČNOSTI I TEORIJE U RAZDOBLJU OD 17. DO 20. STOLJEĆA**

#### **3.1. SLABLJENJE CRKVENOG UTJECAJA**

Daljnji napredak znanosti, pa tako i psihosomatske medicine, omogućen je tek dolaskom renesanse i početkom odmicanja civilizacije iz sjene crkve i religije. Tijekom 17. stoljeća filozof Rene Descartes zagovara teoriju o umu i tijelu kao zasebnim entitetima, isključujući njihovu povezanost. Doživljavao je ljudsko tijelo poput mehaničkog stroja koji je podložan objektivnom istraživanju, a dušu i um smatrao zasebnim entitetom u domeni teologije i religije koji su u interakciji s tijelom jedino putem hipofize. Iako je Descartes bio kasnije kritiziran i optužen za stvaranje prepreka u razvoju integriranog psihosomatskog pristupa, njegova važnost leži u činjenici da je u svijetu u kojem su još uvijek bila duboko ukorijenjena različita vjerska uvjerenja teorija podijeljenosti bila bolje prihvaćena. Umom su se bavili filozofi, dušom teolozi, a tijelom liječnici. S obzirom na to da je na taj način bilo odvojeno područje djelovanja vjerskih institucija i znanosti, znanosti je omogućen daljnji neometani razvoj.

Ostali prosvjetitelji 17. stoljeća, od kojih su najvažniji filozof, matematičar i psiholog Baruch Spinoza (1632.-1677.) te liječnici William Harvey (1578.-1657.) i Thomas Sydenham (1624.-1689.), suprotstavili su se Descartesovom mišljenju i stavili poseban naglasak na povezanost uma i tijela.

Spinoza je smatrao da su um i tijelo identični i samim time nerazdvojni te da se sve što se zbiva u umu na neki način odražava na tijelo i obrnuto.

Harvey je 1616. opisao krvotok i uz njegovu pomoć stvorio poveznicu između uma i tijela. U svom djelu „De Motu Cordis“ (1628.) ističe da podražaj uma povezan, bilo s boli ili ugodom, nadom ili strahom, stvara nemir koji utječe i na srce te da emocije poput žalosti, ljubavi, ljubomore i anksioznosti u potpunosti obuzimaju tijelo i uzrokuju različite bolesti. U kasnijim djelima povlači paralele utjecaja emocija na tijelo. Primijetio je da ljutnja uzrokuje suženje zjenica, da kod osjećaja skromnosti pocrvene obrazi, a kod straha problijede.

Sydenham prvi opisuje histeriju, ističući njezinu raširenost i smatrajući je najčešćom kroničnom bolesti koja prikriva sve ostale organske uzroke bolesti.

Paralelu između Harveyeve i Sydenhamove hipoteze povukao je Georg Ernst Stahl (1660.-1734.) opisujući „vitalnu silu“ koja povezuje psihičke fenomene s fiziološkim zbivanjima (Lipsitt, 2006.).

### 3.2. POSTREVOLUCIONARNO RAZDOBLJE

Krajem 18. stoljeća zahvaljujući američkoj i francuskoj revoluciji dolazi do konačnog slabljenja crkvenog autoriteta i promjene društvenog ustroja. Tek tada razvija se intelektualna sredina koja je spremna prihvatiti integrativne ideje i stvara preduvjete za razvoj psihijatrije i psihosomatske medicine. U središte pozornosti stavljaju se individualnost, sloboda i sreća pojedinca, a relevantnim činjenicama počinju se smatrati one koje su dosljedne i dokazane objektivnim metodama ili s pomoću iskustva.

Pojam „psihijatrija“ prvi je upotrijebio Johann Reil (1759.-1813.). Reil se zalagao za liječenje mentalno bolesnih osoba u bolnicama umjesto u umobolnicama i poticao je liječnike na korištenje različitih metoda psihoterapije, poput terapije glazbom i psihodrame. Također je naglašavao važnost sistemskog biopsihosocijalnog pristupa prilikom brige za pacijente.

Pojam „psihosomatsko“ prvi je upotrijebio Johann Heinroth (1773.-1843.) tijekom opisivanja insomnije. On je bio vođa „Psychiker“ škole koja je polazila od činjenice da je razumijevanje uma u zdravlju i bolesti esencijalno za vrijeme liječenja, za razliku od „Somatikera“ koji su smatrali da su mentalni poremećaji isključivo posljedica organske bolesti i da je za izlječenje dovoljno liječiti samo organsku bolest. Međutim, s obzirom na to da polazište sljedbenika „Psychiker“ škole nije bilo dovoljno potkrijepljeno znanosti, popularnost te škole ubrzo se umanjila (Schwab, 1985.).

Tijekom 19. stoljeća, kada dolazi do otkrića stanice, na organizam se gleda kao na skup stanica i ponovno se ignorira povezanost s umom. Virchow i Pasteur smatrali su da je zdrava stanica izvor zdravlja, a bolesna bolesti. Međutim, u drugoj polovici 19. stoljeća Charcot je dokazao ulogu psiholoških faktora u nastanku tjelesnih simptoma poput histeričnih napadaja koje je liječio uz pomoć hipnoze. Zainteresirao je Freuda za emocionalne probleme pacijenata i samim time utjecao na njegov daljnji rad, u kojem je svojim holističkim pogledom na čovjeka ponovo povezao um i tijelo (Martin, 1978.).

Sigmund Freud i Josef Breuer proučavali su histeriju, odnosno njezine različite oblike i simptome tražeći precipitirajući uzrok. Simptomi histerije bili su veoma različiti i nepovezani, primjerice neuralgija, anestezije različitih oblika, kontrakture, paralize, epileptički napadaji, kronično povraćanje i anoreksija, poremećaji vida i slično. Detaljnom analizom različitih slučajeva zaključili su da je histerija posljedica nekog izvanjskog čimbenika, odnosno događaja te da okolnosti i priroda tog događaja određuju simptome i oblik histerije. Najčešće je bila riječ o traumi koje se ljudi nerado prisjećaju i često potisnu. Uz to, nisu bili ni u mogućnosti prisjetiti se te traume jer nisu bili sposobni uvidjeti poveznicu svojeg trenutačnoga fizičkog stanja s tim događajem. Zbog toga su Freud i Breuer smatrali da je potrebno upotrijebiti hipnozu kako bi doveli sjećanje na događaj iz nesvjesnog u svjesni dio te kako bi mogli stvoriti poveznicu. Na primjer, histerično povraćanje objasnili su kao posljedicu potisnute boli koja se pojavila prilikom jela te uzrokovala mučninu i povraćanje koji su trajali i po nekoliko mjeseci. Opisuju i slučaj djevojke koja je zbog napadaja panike pala u sumračno stanje i imala strašnu halucinaciju. Za to je vrijeme njezina desna ruka, koja je visjela sa stolca, „zaspala“ te se razvila pareza praćena kontrakturama i anestezijom. Htjela se moliti, no nije se mogla sjetiti riječi na svojem jeziku te je stalno ponavljala dječju molitvu na engleskom jeziku i s vremenom razvila težak i kompliciran oblik histerije. Mogla je govoriti, pisati i razumjeti samo engleski jezik, a svoj materinji jezik nije razumjela više od 18 mjeseci. Zaključili su da je svaki simptom histerije odmah i zauvijek nestao nakon što su uspjeli dovesti na svjetlo uspomenu na događaj koji ju je provocirao. Zahvaljujući tim studijama stvoren je koncept psihoanalize koji je imao značajni utjecaj na ostale liječnike i filozofe u narednim godinama (Breuer & Freud, 1955.).

## **4. 20. STOLJEĆE**

### **4.1. UTJECAJ PSIHOANALITIČKE TEORIJE**

Na suvremeno shvaćanje psihosomatskog značajan utjecaj ima rad Sigmunda Freuda i Josepha Breuera, odnosno njihov psihoanalitički koncept s osnovnom pretpostavkom da je nesvjesno veoma važno za nastanak bolesti.

Franz Alexander upotrijebio je taj koncept kako bi ga povezao s konkretnim bolestima. Nastanak peptičkog ulkusa objasnio je kombinacijom nesvjesnih konflikata s predisponirajućim somatskim faktorima. Primijetio je da kod svih njegovih pacijenata s peptičkim ulkusom postoji konflikt povezan sa snažnim infantilnim željama da budu voljeni i njegovani. Međutim, njihov adultni ego nije mogao prihvatiti tu žudnju zbog ponosa i srama. Pojačanu sekrecije želučane kiseline, koja je nužna za nastanak peptičkog ulkusa, objasnio je tom nesvjesnom žudnjom da ih netko hrani s obzirom na to da do pojačane sekrecije normalno dolazi prilikom iščekivanja obroka.

Arthur Mirsky, internist, fiziolog i psihoanalitičar, proveo je istraživanje u vezi s utjecajem biopsihosocijalnih faktora na nastanak peptičkog ulkusa. Kao fiziološki parametar upotrijebio je koncentraciju pepsinogena u serumu. Psihološki parametar predstavljao je obrazac interpersonalnih interakcija koji su dobiveni putem psihoanalitički usmjerenih razgovora i ostalih psiholoških metoda. Kao društveni, odnosno okolišni čimbenik, uzeo je uvjete prilikom priprema u vojnom kampu u razdoblju od 16 tjedana. Zaključio je da su ispitanici s visokim koncentracijama pepsinogena u serumu također oni koji su „oralni“ tipovi, tj. koji žele da budu njegovani, odnosno nahranjeni, koji trebaju nekog na koga se mogu osloniti i s kojim mogu imati blizak odnos. Također pokazuju značajan stupanj pasivnosti. Izrazito su ovisni o drugima te u slučaju frustracije i bijesa, kada njihove potrebe nisu zadovoljene, ne mogu izraziti tu frustraciju i bijes zbog straha da ne izgube potporu okoline. Posljedično, oni se ne žale niti izražavaju svoje osjećaje i bijes, već ih internaliziraju, što dovodi do napetosti i depresije. Studija je pokazala da pacijenti s duodenalnim ulkusom imaju hipersekreciju želučane kiseline u kombinaciji s psihičkim konfliktima povezanim sa zadovoljenjem njihovih „oralnih“ želja. Isto tako, kada su zdravi ispitanici bili izloženi značajnim promjenama okoline, u ovom slučaju i

pod uvjetima u vojnom kampu, oni su pokazali privremenu hipersekreciju koja može dovesti do nastanka ulkusa kao posljedice situacije koja intenzivira njihov psihički konflikt (Mirsky, 1958.).

Walter Canon (1942.) pokušao je objasniti pojam „voodoo“ smrti, odnosno pojave iznenadne smrti nakon snažnog emocionalnog podražaja među pripadnicima primitivnih naroda. Herbert Basedow (1925.) opisao je događaj pod nazivom „upiranje kosti“ od strane neprijatelja. Naime, taj događaj u njihovom primitivnom društvu doživljavao se kao smrtna presuda. U takvoj situaciji žrtva je ubrzo problijedila, lice joj se izobličilo, pokušavala je vrištati, no zvuk joj je zaostajao u grlu. Tijelo se počelo tresti i mišići su bezvoljno kontrahirati te je žrtva pala u nesvijest, no ubrzo se počela izvijati kao da je u smrtnoj agoniji te žalovati. Nakon što se umirila, počela je odbijati hranu i vodu i bila je izdvojena iz plemena. Obitelj i prijatelji napustili bi žrtvu, doživljavajući je već mrtvom, te bi proveli obred koji joj pomaže prelazak iz živih među mrtve. Fenomen „voodoo“ smrti primijećen je samo među primitivnim narodima s obzirom na to da oni u nedostatku znanja još uvijek vjeruju u nadnaravne sile i prisutnost zlih duhova u njihovoj okolini. Posljedično, događaj poput spomenutog „upiranja kosti“ kod njih stvara zastrašujući osjećaj straha i bespomoćnosti koji se dodatno pojača gubitkom potpore okoline, te oni počinju odbijati hranu i vodu i umiru za nekoliko dana. Strah je, zajedno s bijesom, jedna od najdubljih i najdominantnijih emocija te znatno utječe na tjelesno zdravlje. Navedene emocije povezane su i s različitim instinktima – instinktom za napad (kad je riječ o bijesu) te instinktom za bježanje (u slučaju straha). Također, povezane su sa simpatičkim dijelom živčanog sustava. Posljedice su te aktivacije ubrzan rad srca, kontrakcija određenih krvnih žila, dilatacija bronhiola, otpuštanje glukoze iz jetre i otpuštanje adrenalina, što priprema tijelo na akciju koju zahtijevaju navedeni instinkti. Međutim, dugotrajna izrazita aktivnost simpatičkog sustava može dovesti do fatalnih posljedica. S vremenom dolazi do postupnog pada krvnog tlaka, poput onog kod hemoragijskog šoka, zbog gubitka cirkulirajućeg volumena i posljedične nedovoljne perfuzije organa. Taj pad objašnjava se konstantnom kontrakcijom malih arteriola u određenom dijelu tijela. Ako adrenalin i živčani impulsi simpatikusa istovremeno uzrokuju kontrakciju tijekom dužeg perioda na razini koju producira snažni emocionalni poremećaj, volumen je reduciran u jednakoj mjeri kao i kod hemoragijskog šoka. Puls postaje brz i slab, koža hladna i vlažna, u krvi su prisutni

hemokoncentracija te povišena razina šećera, javlja se nizak krvni tlak. To stanje, zajedno s odbijanjem hrane i vode, uzrok je smrti (Cannon, 1942.).

Cannon je svojim eksperimentalnim radovima otkrio adrenergičke transmitere i naglasio utjecaj hormona na ponašanje.

Četrdesetih godina dvadesetog stoljeća Selye je razjasnio reakciju tijela na stres putem hipofizno-adrenokortikalnog sustava i adenokortikotropnog hormona (ACTH) kao medijatora, nazvavši je generalnim adaptacijskim sindromom.

Sva ta otkrića povezali su Flanders Dunbar i Franz Alexander u svojim psihosomatskim teorijama koje su bile temeljene na posredovanju autonomnog i hormonskog sustava u nastajanju organskih poremećaja.

Dunbar je povezala pojedine karaktere sa specifičnim bolestima. Vjerovala je da su psihosomatske bolesti posljedica pretjerane aktivnosti autonomnog živčanog sustava i endokrinih žlijezda u pokušaju smanjenja psihološke napetosti. Iako empirijska istraživanja nisu poduprla njenu hipotezu, važna je njezina uloga u sistematizaciji psihosomatske medicine.

Alexanderova „organ specifična“ hipoteza bila je temeljena na psihoanalitičkoj teoriji. Smatrao je da određen oblik stresa izaziva određene podsvjesne konflikte koji dovode do specifičnih organskih bolesti te da pojava bolesti ovisi o konstitucijskoj sklonosti, obrascima ličnosti i precipitirajućem stresu (Martin, 1978.). Primijetio je da je velik dio organskih bolesti za koje se smatralo da su posljedica psihosomatskog utjecaja nastao zbog pretjerane aktivnosti autonomnog živčanog sustava. Bolesti je podijelio na one koje su posljedica funkcije parasimpatičkog živčanog sustava, uključujući potrebe za neovisnošću i želje da budu njegovani, i one koje su povezane sa simpatičkim sustavom, uključujući borbu i bijeg (Levy, 1989.). Alexander i njegovi suradnici definirali su sedam bolesti (astmu, peptički ulkus, ulcerozni kolitis, hipertenziju, tireotoksikozu, reumatoidni artritis i neurodermatitis), za koje su vjerovali da su izričito psihosomatski poremećaji te ih liječili psihoanalizom.

G. F. Mahl je 1953. formulirao novu hipotezu o psihosomatskim bolestima koja je uzimala u obzir utjecaj više faktora, a ne samo jedan specifičan psihološki stres u nastanku bolesti. Naglasio je važnost nasljedstva, konstitucijske sklonosti i okoline u određivanju ishodišta bolesti. Isto tako, istaknuo je različitosti među pojedincima i da



ono što jednoj osobi predstavlja stres ne mora nužno biti stresno drugoj. Tako bilo koji događaj može proizvesti pretjeranu emocionalnu reakciju te u kombinaciji s genetičkim utjecajima, ličnošću, načinom suočavanja s problemima i prethodnoj izloženosti bolesti i stresu, precipitirati razvoj psihosomatske bolesti (Martin, 1978.).

I. A. Mirsky formulirao je hipotezu o „somatopsihičko-psihosomatskom“ procesu. Prema toj hipotezi psihosomatske bolesti posljedica su oštećenja organa koja su nastala tijekom ili ubrzo nakon rođenja. Posljedica je tih oštećenja formacija tipa ličnosti koji tijekom života, u prisutnosti specifičnih konflikta, precipitiraju bolest u tom organu. Tu teoriju podupro je slučajem peptičkog ulkusa. U pitanju je bilo novorođenče s velikim i hiperaktivnim želucem čija majka nije bila u mogućnosti zadovoljiti njegove potrebe za hranom. Novorođenče je postalo frustrirano, što je dovelo do formacije pseudoneovisne ličnosti. U slučaju da takva osoba tijekom života bude u konfliktu povezanom s neovisnošću, imat će povećan rizik od razvitka aktivnog peptičkog ulkusa.

Većina navedenih hipoteza u vezi s poveznicom utjecaja specifične ličnosti na točno određene organe danas se ne smatraju vjerodostojnim. Razlog tome je primijećeno preklapanje različitih psihosomatskih bolesti s različitim tipovima ličnosti i precipitirajućim čimbenicima (Levy, 1989.).

## 4.2. OBJEKTIVIZACIJA MEDICINE

Daljnijim razvojem znanosti od medicine se zahtijeva objašnjenje bolesti s pomoću fizioloških mehanizama, bilo da je riječ o somatskoj ili mentalnoj bolesti. Sve što se na taj način nije moglo opisati nije se smatralo bolešću. Razlog tome je što se organizam promatrao kao mehanički stroj koji mora biti negdje oštećen ili slomljen da bi bio bolestan. Dominantan model bio je biomedicinski, po kojem moraju postojati odstupanja mjerljivih bioloških (somatskih) varijabla od referentnih vrijednosti. Međutim, u svojem okviru djelovanja nije ostavljao prostora za socijalnu, psihološku i bihevioralnu dimenziju bolesti.

George Engel posebno se zalagao i naglašavao potrebu za proširenjem biomedicinskog modela i uključivanjem psihosocijalnih elemenata. Navodio je da se za razumijevanje bolesti i njezinu racionalnu terapiju mora uzeti u obzir i pacijent, njegov socijalni kontekst, ali i uvjeti ustanove u kojoj se liječi, naglašavajući time ulogu liječnika i zdravstvenog sustava. Jednom riječju, zagovarao je biopsihosocijalni model. Smatrao je da je on potreban da bi se izbjegao paradoks u kojem se liječe pacijenti bez ikakvih subjektivnih tegoba, ali s pozitivnim laboratorijskim nalazima, za razliku od onih koji imaju subjektivne tegobe, ali su im laboratorijski nalazi negativni. Izvrsnost u biomedicinskom pogledu ne znači i dobru skrb za pacijenta jer često dovodi do nepotrebnih hospitalizacija, prekomjerne upotrebe lijekova i korištenja neprikladnih dijagnostičkih testova. Engel se također posebno zalagao za veću zastupljenost takvog modela na fakultetima prilikom edukacije mladih liječnika smatrajući da je to nužno za procjenu njegove prave vrijednosti i učinkovitosti. „Predložen biopsihosocijalni model pruža nacrt za istraživanje, okvir za podučavanje i dizajn za akciju u stvarnom svijetu zdravstvene skrbi. Je li koristan ili ne, treba tek istražiti. Ali nećemo znati odgovor ako nam uvjeti to ne dopuštaju. U slobodnom društvu ishod će ovisiti o onima koji imaju hrabrosti isprobati nove putove i mudrosti da pruže potrebnu potporu (Engel, 1977.).“

Koliko je značajan utjecaj okoline na psihi pokazala je i Roseto studija. Roseto je gradić u Pennsylvaniji koji su osnovali talijanski imigranti. Liječnici koji su tamo radili 1960. godine primijetili su nisku zastupljenost kardiovaskularnih bolesti te su proveli studiju u kojoj su proučavali stopu mortaliteta od koronarne bolesti i uspoređivali je s okolnim mjestima. Studija je pokazala da je ona značajno niža u Rosetu u odnosu na ostala mjesta. Rezultati dobiveni tom studijom uspoređeni su sa stanjem 25 godina kasnije te je primijećen porast prevalencije koronarne bolesti i hipertenzije. Smatrali su da je taj porast posljedica promjene u društvu. Prije 25 godina ljudi nisu bili pod tolikim utjecajem stresa zahvaljujući snažnoj podršci obitelji i društva te vjeri. S vremenom je to zajedništvo bilo zamijenjeno sve većom opsjednutošću i brigom oko osobnog statusa i moći. Isto tako, za starije i nemoćne više se ne brine obitelj već ih se smještava u staračke domove. Svi ti čimbenici doveli su do porasta razine stresa i posljedično povećane zastupljenosti kardiovaskularnih bolesti (Wolf et al., 1989.).

## **5. MODERNO DOBA PSIHOSOMATSKE MEDICINE**

### **5.1. KONZULTATIVNO-SURADNA PSIHIJARIJA**

Konzultativno-suradna psihijatrija skup je vještina i znanja koja se upotrebljavaju u evaluaciji i liječenju emocionalnih i bihevioralnih poremećaja kod pacijenata koji se liječe zbog neke organske bolesti te koje su uputili medicinski stručnjaci drugih specijalnosti. Oni mogu postojati kao komorbiditeti ili kao posljedica primarne organske bolesti, odnosno njezinog liječenja. Pojam „konzultativno“ označava proces prilikom kojeg zdravstveni stručnjak pregleda pacijenta, daje svoje mišljenje o uzroku problema i preporuku za daljnje postupanje i rješavanje tog problema. Pojam „suradna“ označava dinamičku interakciju i suradnju s ostalim granama medicine. Konzultativno-suradna psihijatrija zapravo je „produžena ruka“ psihosomatske medicine i predstavlja njezinu svakodnevnu kliničku upotrebu (Levy, 1989.).

Razvoj konzultativno-suradne psihijatrije možemo podijeliti u četiri faze: preliminarnu, pionirsku, razvojnu fazu i fazu konsolidacije.

#### **5.1.1. PRELIMINARNA FAZA**

Preliminarna faza obuhvaća razdoblje između 1900-ih i 1930-ih godina čije je glavno obilježje početak otvaranja psihijatrijskih odjela u općim bolnicama. Do tog razdoblja psihijatrijska skrb postojala je jedino u sklopu umobolnica. Temelje konzultativno-suradne psihijatrije postavio je Mosher 1909. sljedećim principima:

1. Mentalna je bolest poput svake druge bolesti
2. Izuzetno je važno što ranije započeti s liječenjem mentalne bolesti
3. Opće bolnice trebale bi sadržavati specijalne odjele za skrb pacijenata s akutnom mentalnom bolešću
4. Opće bolnice trebale bi ponuditi liječenje u početku bolesti, pomoći u edukaciji javnosti i samim time smanjivati stigmatu o psihijatrijskim bolestima u javnosti
5. Psihijatrija u općim bolnicama trebala bi pružiti kvalitetne edukacijske programe za stažiste i medicinske sestre

6. Psihijatri bi trebali surađivati s ostalim specijalistima da bi pomogli u liječenju organski bolesnih pacijenata s mentalnim simptomima i obrnuto – da bi ostali specijalisti pomogli u liječenju psihijatrijskih pacijenata s tjelesnim oboljenjima.

Prvi zadaci uključivali su predoperativne evaluacije da bi se izbjegle nepotrebne operacije te prepoznavanje bolesti koje mogu biti prikrivene emocionalnim konfliktima poput hipertireoze, zdjelične bolesti i precizne dijagnoze depresije. Goves Smith istaknuo je da bi psihijatrija u općim bolnicama trebala biti razumljiva i internistima i kirurzima (Schwab, 1989.).

Prvi značajni rad o modernoj konzultativno-suradnoj psihijatriji objavio je George Henry 1929. godine. Naglasio je koliko je važno da liječnik na primarnoj razini zdravstvene skrbi razmatra i psihološke aspekte bolesti kako bi mogao postaviti točnu dijagnozu. Isto tako, smatrao je da je nužno da svaki student medicine prođe kroz nastavu iz psihijatrije te da prilikom staža boravi na odjelu psihijatrije da bi bio senzibiliziran i osviješten o tim problemima (Levy, 1989.).

### **5.1.2. PIONIRSKA FAZA**

Pionirska faza obuhvaća razdoblje između 1930-ih i 1950-ih godina tijekom kojeg se uvode specijalni edukacijski konzultativno-suradni programi u kliničke bolnice. Billings je 1936. godine definirao četiri osnovne obaveze prema ostalim liječnicima, a to su:

1. Predstaviti jasnu i sažetu verbalnu sliku pacijenta
2. Predstaviti pacijentove tegobe i povijest bolesti tako da kod drugog liječnika stimulira želju za znanjem čim više detalja
3. Izbjegavati psihijatrijske dijagnoze u korist sažimanja pacijentovog stanja u rečenicu ili dvije
4. Predstaviti plan liječenja čim jasnije, sažetije i sveobuhvatnije, uz isticanje mogućih opasnosti i poteškoća.

Uz to, zahvaljujući financijskoj potpori Zaklade Rockefeller bili su ostvareni financijski uvjeti za nastavak otvaranja psihijatrijskih odjela u općim bolnicama.

Uskoro se mijenja odnos postotka pružene psihijatrijske skrbi u umobolnicama i u općim bolnicama te se s vremenom većina psihijatrijske skrbi počinje pružati u općim bolnicama (Levy, 1989.).

Prve studije povezane s troškovima i profitom napravljene su oko 1937. i pokazale su da su pacijenti kojima je pružena konzultantska psihijatrijska pomoć bili otpušteni iz bolnice u prosjeku tri dana ranije u odnosu na razdoblje prije konzultativno-suradnih programa, što je značilo značajne financijske uštede. Uz to, reducirane su bespotrebne dijagnostičke metode i terapijski postupci.

### **5.1.3. RAZVOJNA FAZA**

Razvojna faza obuhvaća razdoblje između 1950-ih i 1980-ih godina kada dolazi do porasta konzultativno-suradnih programa, istraživanja i obrazovnih programa za studente medicine i specijalizante drugih struka. Zahvaljujući financijskoj potpori počinje se prepoznavati vrijednost (Schwab, 1989.).

Edukacijski programi napredovali su tijekom 1960-ih i 1970ih godina uz potporu Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje. Trajali su obično jednu do dvije godine te su postojala dva osnovna modela: Rochester i MGH (Massachusetts General Hospital). Polaznici su činili članovi medicinskog tima te su zajedno s njima posjećivali bolesnike. Rochester model bio je usmjeren na psihosomatska istraživanja i tzv. medicinsko psihijatrijsko suradni program koji je uz psihijatre osposobljavao i interniste. MGH model bio je više orijentiran prema edukaciji psihijatara o psihosomatskim bolestima (Leigh, 2007.).

### **5.1.4. KONSOLIDACIJSKA FAZA**

Konsolidacijska faza započela je 1980-ih godina. U ovom razdoblju dolazi do financijskih problema i programa štednje. Sažimaju se programi, reduciraju se suradne aktivnosti te se javlja zabrinutost oko njenog statusa i opstanka. Međutim, njezina važnost i korist i dalje ostaju neupitne (Schwab, 1989.).

## 5.2. STUDIJE O STRESU

Posljednjih godina velik dio istraživanja u psihosomatskoj medicini bavi se utjecajem psihološkog stresa na pojavu organske bolesti. Ako je osoba u stanju distresa, logična je pretpostavka da je oslabljen imunološki sustav, odnosno obrana organizma protiv bolesti, čime je organizam podložniji oboljenju. Smatra se da je uzrok tome visoka razina kortizola koja dovodi do povećane podložnosti infekcijama i neoplastičnim bolestima (Levy, 1989.).

Hans Selye još je tridesetih godina dvadesetog stoljeća definirao stres kao rezultat neuspješnog pokušaja organizma da odgovori na tjelesni izazov. Kasnije je ta definicija proširena i na psihološki aspekt ukazujući da opasnost ne treba biti aktualno prisutna u okolini, već je dovoljna samo zamisao ili njezino iščekivanje.

Poznato je da kroničan psihološki i socijalni stres može dovesti do mentalnih poremećaja. Tu pojavu proučavali su Lio i suradnici analizirajući MAPK (kaskadu mitogen aktivirajuće protein kinaze) kod štakora koji su bili izloženi socijalnom stresu u razdoblju od pet tjedana. Kod štakora je došlo do fizioloških promjena, uključujući smanjenje tjelesne težine, povećanje nadbubrežne žlijezde, povećanu tromost prilikom testa plivanja te promjene ponašanja. Dakle, štakori su pokazali znakove poput onih koje pokazuje depresivan čovjek. S obzirom na to da MAPK kaskada igra ključnu ulogu u depresiji, analizirali su njezinu ekspresiju u hipokampusu. Otkrili su da kroničan psihološki stres potiskuje ekspresiju MAPK u hipokampusu i inducira depresivno ponašanje (Lio et al., 2011.). Uz to, štakori su imali smanjenu koncentraciju kolesterola i glukoze u plazmi u odnosu na kontrolnu skupinu i smanjenu ekspresiju leptin mRNA u epididimalnom bijelom masnom tkivu s posljedično smanjenom koncentracijom leptina u plazmi. Smanjena periferna ekspresija leptina dovela je do potisnuća signalnih puteva u hipotalamusu i konačno do smanjenog unosa hrane i primijećenog povećanog gubitka tjelesne mase (Lio et al., 2014.).

Daljnijim istraživanjem podloge psihosomatskog fenomena znanstvenici su postavili teoriju alostaze. Alostaza podrazumijeva fiziološki odgovor organizma na promjene u okolini da bi se prilagodio novonastalim uvjetima te postigao homeostazu. Ta prilagodba postiže se primarno uz pomoć hormona osovine

hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda, katekolamina i citokina i njihovih promjena, ovisno o zahtjevima okoline. U tom kontekstu, stres nema nužno negativno značenje, već i pozitivno jer je nužan kako bi omogućio prilagodbu i preživljavanje u opasnim situacijama djelujući uz pomoć istih hormonskih sustava (Karatsoreos & McEwen, 2011.). Međutim, ako stresna situacija traje dugo, potrebna je stalna promjena i usklađivanje tih sustava kako bi se održala homeostaza. Dolazi do pretjerane aktivnosti hormona i posljedično iscrpljenja organa i tkiva te organizam postaje podložniji oboljenju. Takvo stanje naziva se alostatskim opterećenjem koje utječe ne samo na tijelo, već i na mozak (Gotovac et al., 2009.). Stalnim djelovanjem sistemskih hormona, endogenih escitatornih aminokiselina, neurotrofnih faktora i ostalih medijatora smanjen je kapacitet intracelularne homeostaze, što dovodi od njezinog poremećaja i posljedično sistemskog utjecaja (McVicar et al., 2014.). Time se mogu objasniti promjene u vulnerabilnosti organizma, bilo mentalnoj ili fizičkoj, koje mogu precipitirati nastanak depresije ili razvoj kardiovaskularnih bolesti (Karatsoreos & McEwen, 2011.).

Osim što stresori mogu precipitirati nastanak fizioloških i mentalnih poremećaja, dovode i do ubrzanog razvoja i progresije starosti. Starenje stanice označeno je duljinom telomera. Ona ovisi o međuodnosu genetike, životnih iskustava te psihosocijalnih čimbenika. Međutim, njihova duljina se skraćuje ovisno o trajanju i jačini stresora kojima je čovjek izložen. Primjerice, prilikom akutnog stresa telomerna aktivnost u leukocitima poveća se za 18 % jedan sat nakon prestanka stresora, što je posljedica porasta kortizola (Epel et al., 2010.). No ako se pojedinac može prilagoditi psihobiološkom stresu, ako zdravo živi i ima sređen društveni život može, utjecati na brzinu skraćivanja telomera i zaštititi se (Puterman & Epel, 2012.).

Utjecaj raznih psiholoških i društvenih faktora istražuje i epigenetika. Ona objašnjava da se rizik za nastanak mentalnih bolesti nasljeđuje, ali ispoljavanje tih gena i njihova manifestacija ovise o okolini (Stahl, 2009.).



### 5.3. PROBLEMI I IZAZOVI PSIHOSOMATSKE MEDICINE

Jedan od većih problema psihosomatske medicine zahtjev je medicine za upotrebom znanstveno dokazanih činjenica. Medicina bi i trebala biti temeljena na vjerodostojnim i snažnim dokazima, no kad je riječ o psihijatriji, takav je pristup upitan. Gupta smatra da su randomizirane kontrolirane studije, koje se smatraju zlatnim standardom, limitirane u psihijatriji. Naime, takve studije obuhvaćaju pacijente čije dijagnoze se u potpunosti ne podudaraju s onima u kliničkoj praksi pa samim time rezultati dobiveni u tim studijama ne mogu biti reprezentativni i generalizirani. Osim toga, gotovo je nemoguće izolirati psihijatrijsku bolest (npr. depresiju) radi praćenja s obzirom na to da takvi bolesnici obično imaju više poremećaja (npr. anksioznost i zlouporabu raznih supstanci). Njihovo liječenje obično je dugotrajno i traje godinama s obzirom na to da su psihijatrijske bolesti kronične naravi s učestalim relapsima i remisijama. Isto tako, mentalno stanje daleko je više od neurokemijskog procesa, uključuje osobna iskustva i individualan način percepcije svijeta koji se ne mogu u potpunosti opisati ni objasniti s pomoću bioloških ili kvantitativnih termina, a samim time ni objektivno mjeriti (Gupta, 2007.). Kada je riječ o psihijatriji i psihosomatskoj medicini, trebalo bi upotrebljavati mjere poput mortaliteta, korištenja zdravstvenom zaštitom i kvalitete života (Wise & Balon, 2015.).

Još jedan od izazova u psihosomatskoj medicini jest pitanje je li moguće utjecati i mijenjati razvoj bolesti psihosocijalnim intervencijama. Sirri i suradnici radili su studiju o poveznici tip A obrasca ponašanja s rizikom nastanka kardiovaskularnih bolesti. Tip A obrazac ponašanja uključuje nestrpljivost, užurbanost, eksplozivan govor, izražene gestikulacije, kompetitivnost, konstantnu želju za priznanjem i napretkom, potrebu za radom, nesposobnost prihvatanja neuspjeha i slično. Studija je pokazala da je tip A obrazac ponašanja puno zastupljeniji među kardiovaskularnim bolestima nego u svim ostalim poremećajima zdravstvenog stanja. Također se učestalo pojavljuje i s psihosomatskim sindromima. S pomoću dijagnostičkih kriterija za psihosomatska istraživanja istaknute su pojedine osobine koje su pokazale posebno značajan utjecaj na kardiovaskularni sustav. Riječ je o razdražljivosti koja je snažno povezana s razvojem kardiovaskularnih bolesti općenito te agresivnosti sa srčanim rizikom. Među poremećajima raspoloženja ključnu ulogu ima anksioznost. Njezin utjecaj objašnjava se fiziološkim mehanizmima (npr. simpatička aktivnost), ali i

bihevioralnim (npr. loše prehrambene navike). Osim toga, studija je pokazala da su srčani bolesnici s tip A obrascem ponašanja manje zabrinuti za vlastito stanje te da minimaliziraju utjecaj i važnost takvih bolesti i njezinih mogućih posljedica. Takav stav može dovesti do podcjenjivanja potrebe za promjenom nezdravog načina života (Sirri et al., 2012.). Međutim, novije studije nisu pronašle poveznicu između razvijenosti koronarne ateroskleroze i tip A obrasca ponašanja (Levy, 1989.).

Istovremeno postojanje fizičkog i psihijatrijskog poremećaja ima daleko veću težinu od postojanja samo jednog od poremećaja. Oni imaju jedinstven i aditivan efekt na funkcioniranje pacijenta, čak i ako simptomi depresije nisu dovoljno izraženi za postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja. Postoje dokazi o povezanosti depresije u tjelesno bolesnih s dvostruko višim mortalitetom te značajnim povišenjem morbiditeta i troškova zdravstvene zaštite. Jedan je od primjera poveznice depresije i povišenog mortaliteta je samoubojstvo. Međutim, češći su uzroci smrti medicinski, kao što je smrt zbog kardiovaskularnih bolesti. Studije su pokazale da je utjecaj depresije na kardiovaskularni sustav približno jednak onoj kod dijabetesa. Uz to, depresija se smatra najboljim prediktorom kvalitete života jednu godinu nakon infarkta miokarda, čak boljim od težine infarkta i najboljim prediktorom novih kardioloških incidenata nakon ugradnje prenosnice koronarne arterije. Isto tako, studije u vezi s komplikacijama dijabetesa pokazale su značajnu povezanost depresije i pojave retinopatije, nefropatije, neuropatije, makrovaskularnih komplikacija i seksualne disfunkcije.

Uvođenjem psihoedukacijskim programa (poput edukacija o zdravlju i nošenju sa stresom) u liječenje navedenih bolesti pokazalo se efektivnim. Oni koji su uključivali rješavanje problema poput emocionalnog distresa, pušenja i tjelesne aktivnosti bili su značajno učinkovitiji od onih koji nisu. Također, uzimanje antidepresiva pokazalo je da pruža zaštitu od infarkta miokarda. Edukacijske i psihosocijalne intervencije kod dijabetičara pokazale su se učinkovitima u poboljšanju suradnje, a samim time i bolje kontrole glukoze u krvi i posljedično kvalitete života (Smith, 2003.).

Problem u području konzultativno-suradne psihijatrije jest da su s vremenom njezinu problematiku počeli obavljati stažisti psihijatrije tijekom dežurstava. Nedostatak znanja o odnosu između biomedicine, psihologije i psihijatrije smanjuje kvalitetu usluge. Također, analize su pokazale da je prepisan tretman uglavnom bio postavljen na temelju teoretske orijentacije, a ne na temelju pacijentove dijagnoze i njegovih potreba. Takav pristup poguban je za reputaciju te može dovesti do smanjene prihvaćenosti konzultativno-suradne psihijatrije unutar općih bolnica. U nekim zemljama poput SAD-a ona se upotrebljavala za postavljanje psihijatrijskih dijagnoza koje su se upotrebljavale u svrhu dobivanja raznih odšteta. Uporaba dijagnoza u svrhu ekonomskih ili političkih manipulacija dodatno ugrožava kredibilnost i etiku konzultativno-suradne psihijatrije unutar općih bolnica (Malt, 2003.).

## **6. PSIHOSOMATSKA MEDICINA KAO SUBSPECIJALNOST PSIHIJATRIJE**

Napredak u molekularnoj genetici i slikovnoj tehnologiji objasnio je ulogu gena u našem organizmu, u morfologiji mozga i u ponašanju. Psihoneuroendokrinologija i psihoneuroimunologija objasnile su mehanizme utjecaja stresa na organizam. Zahvaljujući svim tim otkrićima, zdravlje i bolest definirani su kao rezultat interakcije između gena, osobnog razvoja, okoline i stresa. Na nastajanje, odnosno odsutnost bolesti, uz negativne faktore važnu ulogu imaju brojni pozitivni faktori poput dobre skrbi i njege u ranom djetinjstvu i trenutne društvene potpore. Isto tako, zahvaljujući sve brojnijim istraživanjima i otkrićima razvijaju se nove grane poput psihonefrologije, psihoonkologije i psihodermatologije (Leigh, 2007.).

Američki odbor za medicinske specijalnosti odobrio je psihosomatsku medicinu kao subspecijalizaciju u proljeće 2003. Razvila se kao odgovor na visoku prevalenciju psihijatrijskih poremećaja u pacijenata s kompleksnom medicinskom bolesti. Primijećeno je da pacijenti u općim bolnicama imaju višu stopu učestalosti psihijatrijskih poremećaja u odnosu na opću populaciju i pacijente na razini primarne zaštite. U odnosu na opću populaciju, među pacijentima u općim bolnicama dvostruko je više zastupljen depresivni poremećaj, trostruko više veliki depresivni poremećaj, dvostruko do trostruko češća zlouporaba različitih supstanci te čak više od deset puta veća učestalost psihosomatskih poremećaja.

Ime je promijenjeno iz konzultativno-suradne psihijatrije u psihosomatsku medicinu jer se smatralo da je taj pojam previše zbunjujući s obzirom na to da brojni psihijatri rade konzultacije. Subspecijaliste psihosomatske medicine od opće psihijatrije i ostalih specijalnosti razlikuje njihov fokus na pacijente čija je psihopatologija komplicirana složenim medicinskim poremećajima, koji se često vide u specijaliziranom okruženju poput jedinica intenzivne njege, transplantacijskih programa i klinikama za oboljele od HIV-a.

Njihova domena uključuje četiri tipa stanja:

1. Pacijente s komorbiditetima
2. Psihijatrijske poremećaje koji su direktna posljedica osnovne bolesti ili njenog liječenja (npr. delirij, demencija i sl.)
3. Kompleksna ponašanja poput somatoformnih i funkcionalnih poremećaja
4. Akutnu psihopatologiju (npr. pokušaj suicida)

(Levenson, 2007.)

Uz evaluaciju i menadžment atipičnih prezentacija psihijatrijskih poremećaja zbog internističkih, neuroloških i kirurških bolesti i njihova liječenja, te somatoformnih poremećaja i kronične boli, subspecijalisti psihosomatske medicine imaju i brojne druge zadaće. One uključuju procjenu sposobnosti davanja informiranog pristanka za različite postupke, pružanje nefarmakoloških intervencija pacijentima s emocionalnim problemima povezanim s njihovom bolešću. Uz to, oni moraju posjedovati znanje o psihološkim utjecajima lijekova koji se upotrebljavaju u medicini i kirurgiji te njihove potencijalne interakcije sa psihotropnim lijekovima. Također pružaju edukaciju ne-psihijatrijskim stažistima, posebice u internoj medicini, obiteljskoj medicini, pedijatriji, opstetriciji/ginekologiji i neurologiji.

Osim toga, surađuju s ostalim medicinskim specijalnostima u razvijanju smjernica za liječenje pacijenata s komorbiditetima. Na primjer, sudjelovali su u razvijanju smjernica za liječenje depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i kontroli kronične boli kod karcinoma u suradnji s Agencijom za politiku zdravstvene zaštite i istraživanja. Razvili su modele psihijatrijskih kurikulumata za Američko društvo kliničke onkologije (*American Society for Clinical Oncology*) i Nacionalni centar mreže raka (*National Cancer Center Network*). Igrali su važnu ulogu u edukaciji u vezi s psihijatrijskim poremećajima na sastanku brojnih organizacija, poput organizacija American College of Physicians, Society for General Internal Medicine, American Association for Family Practice, American College of Obstetrics and Gynecology. Imaju i vodeće uloge u etičkim komitetima u vezi s odlukama o kraju života, nevoljnom liječenju, nasilju i ostalim problemima vezanim uz probleme u odnosu između doktora i pacijenta (Gitlin et al., 2004.).

Psihosomatska medicina sada uključuje širok raspon studija koje proučavaju interakcije psihe i tijela. Značajan doprinos postignut je kod medicinski neobjašnjenih simptoma, funkcionalnih poremećaja, raka, transplantacija, kardiologije, endokrinologije, neurologije, AIDS-a, obstetricije-ginekologije, pulmonalnih, renalnih i gastrointestinalnih bolesti (Levenson, 2007.).

Formalno priznanje psihosomatske medicine kao subspecijalnosti dodatno će je ojačati i omogućiti daljnji razvoj. Postojanje sve više psihijatara s edukacijom u području psihosomatske medicine omogućit će sve bolje prepoznavanje psihosocijalnih i psihijatrijskih potreba tjelesno bolesnih, poboljšati kvalitetu edukacije i osposobljavanja u psihijatriji i ostalim područjima medicine te promovirati integrativno biopsihosocijalno istraživanje i brigu za pacijenta (Gitlin et al., 2004.).

## **7. PSIHO-SOMATSKE ORGANIZACIJE I ČASOPISI**

Postoje broje nacionalne i internacionalne psihosomatske organizacije i časopisi u vezi s psihosomatskom medicinom i konzultativno-suradnom psihijatrijom. Većina je interdisciplinarna i sadrži članove različitih specijalnosti i profesija. Važne su organizacije sljedeće: American Psychosomatic Society, Academy of Psychosomatic Medicine, European Society of Psychosomatic Medicine, International College of Psychosomatic Medicine itd. Također, postoje brojni psihosomatski časopisi, poput časopisa Psychosomatic Medicine, Psychosomatics, Journal of Psychosomatic Research, and Psychotherapy i Psychosomatics itd. Neki su od časopisa u vezi s konzultativno-suradnom psihijatrijom časopis General Hospital Psychiatry, International Journal of Psychiatry in Medicine i Psychosomatics.

U Europi i Japanu postoje odjeli psihosomatske medicine u medicinskim školama, koje su zasebni od odjela psihijatrije. Takvi odjeli uglavnom se bave pacijentima s psihofizičkim poremećajima i često upotrebljavaju moderne medicinske tehnike poput joge i meditacije.

## 8. ZAKLJUČAK

Područje psihosomatske medicine ima obećavajuću i uzbudljivu budućnost unatoč dugom i trnovitom putu prema prepoznavanju i priznavanju njezine važnosti. Danas je utjecaj psihosocijalnih faktora na zdravlje i bolest jasan te se više ne može ignorirati. Uz to, brojne studije razrješavaju nepoznanice i pružaju odgovore na pitanja u vezi s psihosomatskom medicinom. Samim time smanjuju njezinu apstraktnost, jačaju kredibilnost i prepoznatljivost te otvaraju vrata daljnjim istraživanjima i novim spoznajama.

Također, današnji svijet obilježen je stalnim promjenama znanosti, ekonomije i društva te sve većom zastupljenošću tehnologije. S obzirom na to da tehnologija ima značajnu ulogu i u unaprjeđenju medicine, postoji velika opasnost da medicina postane njezin rob koji zaboravlja na složenost ljudskog bića. Ne smijemo zaboraviti da je čovjek daleko više od samog tijela i zanemariti važnost psihičkog zdravlja, a psihosomatska medicina u tome ima značajnu ulogu. Jedino multidisciplinarnim pristupom i suradnjom postoji mogućnost stvaranja sve boljeg, kvalitetnijeg i sretnijeg života.



## **ZAHVALE**

Ponajprije zahvaljujem svojim roditeljima koji su mi omogućili studij te konstantno pružali podršku i pomoć.

Također zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Marijani Braš na suradnji, pomoći i vremenu uloženom u izradu ovog diplomskog rada. Uz to, zahvaljujem se svim djelatnicima Medicinskog fakulteta koji su svojim radom i trudom sudjelovali u mojem studiranju.

I za kraj, zahvaljujem se svim prijateljima na njihovom društvu, a pogotovo razumijevanju i potpori tijekom brojnih ispita.

## LITERATURA

1. Alexander, F. (January 1962). The Development of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13-24.
2. Breuer, J., & Freud, S. (1955). *Studies on Hysteria: The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud* (Svez. 2). (S. J., Ur.) London: Hogarth Press.
3. Cannon, W. B. (April-June 1942). "Voodoo" death. *American Anthropologist*, 44(2), 169-181.
4. Engel, G. L. (April 1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
5. Epel, E. S., Lin, J., Dhabhar, F. S., Puterman, E., Karan, L., & Blackburn, E. H. (December 2010). Dynamics of telomerase activity in response to acute psychological stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24, 531-539.
6. Gitlin, D. F., Levenson, J. L., & Lyketsos, C. G. (2004). Psychosomatic Medicine: A New Psychiatric Subspecialty. *Academic Psychiatry*, 28(1), 4-11.
7. Gotovac, K., Jergović, M., Sabioncello, A., Kozarić-Kovačić, D., & Dekaris, D. (2009). Koncept alostatskog opterećenja ili kako pratiti utjecaj kroničnog stresa na zdravlje. Zbornik sažetaka 4. hrvatskog simpozija o poremećajima uzrokovanim stresom s međunarodnim sudjelovanjem "Stres i zdravlje" (str. 45). Zagreb: Klinička bolnica Dubrava.
8. Gupta, M. (2007). Does evidence-based medicine apply to psychiatry? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 28, 103-120.
9. Karatsoreos, I., & McEwen, B. (2011). Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(12), 576-584.
10. Leigh, H. (2007). Evolution of Consultation - Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine. U H. Leigh, & J. Steltzer, *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry* (str. 3-10). Springer International Publishing.
11. Levenson, J. L. (2007). Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new psychiatric subspecialty. *Revisita Brasileira de Psiquiatria*, 29(4), 301-302.
12. Levy, N. B. (October 1989). Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: Past, Present, and Future. *Hospital and Community Psychiatry*, 40.

13. Lio, W., Matsukawa, N., Tsukahara, T., Kohari, D., & Toyoda, A. (2011). Effects of Chronic Social Defeat Stress on MAP kinase Cascade. *Neuroscience Letters*, 504, 281-284.
14. Lio, W., Takagi, H., Ogawa, Y., Tsukahara, T., Chohnan, & Toyoda, A. (2014). Effects of chronic Social Defeat Stress on Peripheral Leptin and Its hypothalamic actions. *BMC Neuroscience*, 15, 72.
15. Lipsitt, D. R. (2006). *Psychosomatic Medicine: History of a "New" Specialty*. U B. M., & S. J. J. (Ur.), *Psychosomatic Medicine* (str. 3-20). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
16. Malt, U. F. (2003). The future of consultation-liaison psychiatry: prosper or perish? *World Psychiatry*, 2(2), 95.
17. Martin, M. (Nov 1978). Psychosomatic medicine: A brief history. *Psychosomatics*, 19(11), 697-700.
18. McVicar, A., Ravalier, J., & C., G. (2014). Biology of stress revisited: intracellular mechanisms and the conceptualization of stress. *Stress Health*, 30, 272-279.
19. Mirsky, I. (1958). Physiologic, psychologic, and social determinant in the etiology of duodenal ulcer. *American Journal of Digestive Diseases*, 3, 285-314.
20. Puterman, E., & Epel, E. (Nov 2012). An intricate dance: Life experience, multisystem resiliency, and rate of telomere decline throughout the lifespan. *Social Personality Psychology Compass*, 6(12), 807-825.
21. Schwab, J. (Jul 1985). Psychosomatic medicine: Its past and present. *Psychosomatics*, 26(7), 583-5, 588-9, 592-3.
22. Schwab, J. (1989). Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics*, 3(30), 245-254.
23. Sirri, L., Fava, G., Guidi, J., Porcelli, P., Rafanelli, C., Bellomo, A., . . . Sonino, N. (Sept 2012). Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, 66(9), 854-861.
24. Smith, G. (2003). The future of consultation-liaison psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2(37), 150-159.
25. Stahl, S. (2009). Epigenetics and methylomics in psychiatry. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1204-1205.

26. Wise, T., & Balon, R. (Mar 2015). Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization. *Psychosomatic Medicine*, 34, 1-9.
27. Wolf, S., Heerrenkohl, R., Lasker, J., Egolf, B., & Philips, B. B. (1989). Roseto, Pennsylvania 25 years later - highlights of a medical and sociological survey. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 100, 57-67.

## ŽIVOTOPIS

### SONJA HLEB

Datum rođenja: 2. 3. 1992.

Mjesto rođenja: Varaždin, Hrvatska

#### Obrazovanje:

*09/2010. – sada*

**Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Smjer: medicina

*09/2006. – 06/2010.*

**Prva gimnazija Varaždin**

Smjer: prirodoslovno-matematički

#### Profesionalno iskustvo:

*07/2014 – 08/2014*

**Klinička bolnica u Bragi, Portugal**

Program razmjene studenata (IFMSA)

- Pomoćnik na odjelu interne medicine pod nadzorom dr. med. Narciso Alexandre Fernandes de Oliveira

#### Izvanastavne aktivnosti:

*10/2015 – sada*

**Međunarodna udruga studenata medicine Hrvatska, CroMSIC Zagreb (IFMSA)**

Uloga: LORE (Local Officer on Research Exchange/Lokalni referent za znanstvene razmjene)

- Konzultiranje dolaznih i odlaznih studenata na razmjeni
- Organiziranje programa znanstvenih razmjena
- Promocija

**Jezici:**

Hrvatski jezik – materinji jezik

Engleski jezik – napredni stupanj (C1)

Njemački jezik – srednji stupanj (B1)

**Ostale vještine:**

Računalne                      Windows Platforms, MS Office

Vozačka dozvola              B kategorija

Osobne vještine              komunikacijske, društvene, timski rad, upravljanje vremenom

**Interesi:**

Glasovir                      ( 2002.-2007. Osnovna glazbena škola Ivan Padovec, Novi Marof)

Ples                              ( 2013.- 2015. Plesni studio Escape, Zagreb

Sudjelovanje na TREPS festivalu 2015., kategorija – velike grupe, urbani plesovi)

Sport                              ( joga, plivanje, tenis, trčanje...)

Knjige                              ( psihološki trileri, filozofski romani...)